



TITLE:

看護度判定システムの開発 --客観
的で標準的な「看護度別患者選定
の基準」改善の試み--

AUTHOR(S):

内田, 宏美; 菅谷, 陽子; 五条, 基樹

CITATION:

内田, 宏美 ...[et al]. 看護度判定システムの開発 --客観的で標準的な「看護度別患者選定の基準」改善の試み--. 京都大学医療技術短期大学部紀要 1992, 12: 3-13

ISSUE DATE:

1992

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/49364>

RIGHT:

看護度判定システムの開発

——客観的で標準的な「看護度別患者選定の基準」改善の試み——

内 田 宏 美, 菅 谷 陽 子*, 五 条 基 樹**

The Development of a New Objective and Standardized System in Nursing Criteria

Hiromi UCHIDA, Yoko SUGAYA* and Motoki GOJO**

Abstract : We conducted an evaluation of a proposed practical set of nursing criteria in several busy 75-bed clinical wards using a personal computer. The principal aims of this project were :

- 1 to establish a set of objective criteria by which an individual nurse can observe and evaluate the severity of patient illness ;
- 2 to facilitate the application of these nursing criteria in the clinical settings ; and
- 3 to collect information regarding level of performance of daily nursing care duties.

In order to qualify the nursing criteria, we classified :

- 1 the patient features and behaviors to be observed ;
- 2 the restricting aspect of daily hospitalization ;
- 3 judging level in routine nursing observation.

We conclude that this system is useful in daily clinical nursing.

Key words : Nursing Criteria, Nursing Diagnosis, Nursing Process, System of Nursing Information

は じ め に

看護度は、看護量測定等、看護の必要度を判定する際の最も重要な指標である。ところが、

現在広く採用されている「看護度別患者選定の基準（通称：症度表）」（別表1）は、「患者の状態」の設定が曖昧であるために解釈に差が生じ易いという難点を持っている。我々の病棟では、判定が重症と軽症に二分されて、中間に分類される患者が少ない傾向があったが、これは、症状の顕在化していない患者の症度の判断基準が不明瞭なために、症度の判定が個々の看護婦（士を含む）の観察力や判断力に大きく左右されるためと考えられる。このように、従来の「症度表」は個々の患者の状態を客観的に判断するための指標とはなりにくいものである。したがって、判定された現在の症度から看護の必要量を導き出すのは不可能である。

京都大学医療技術短期大学部看護学科（京都市左京区聖護院川原町53）

* 京都大学医学部附属病院看護部第2外科心臓血管外科（京都市左京区聖護院川原町54）

** 日本IBM京都営業所システム第1課（京都市中京区室町通り御池下ル円福寺町338 IBMビル）
Division of the Science of Nursing, College of Medical Technology, Kyoto University

* Nursing Division of Surgery, Kyoto University Hospital

** System Technology, IBM JAPAN in Kyoto
1992年6月25日受付

看護度を必要看護量の指標とするには、看護度の判定基準に高い客観性が求められる。先駆的な幾つかの施設において、患者の状態を明確にするための判定基準が設けられているが、いずれも患者に行われている治療・処置・ケアの内容を判定のよりどころとしている。しかし、これらは医療者サイドの技量の影響を受けて流動的に変化する要因であるから、医療者サイドの技量にばらつきがある場合には、看護業務量の検出はできるが、即、必要看護量の検出にはつながらない。必要看護量は、看護婦の技量や忙しさに影響されて相対的に変化するものではなく、絶対的で普遍的なものである。客観性の高い標準化された看護度からは、その患者が必要とする具体的な看護内容の質や量、すなわち、個別の看護実践計画を導き出すことが可能である。したがって、看護度は、具体的な看護行為を引き起こす根拠となる患者の状態が、病態・症候・発達の側面・生活の規制要因等を中心として、明確に示されなければならない。

一方、見落としや、直感や狭い視野での思い込みによる誤差を無くするためには、患者の状態が幅広い範囲にわたって具体的に意図的に観察される必要がある。また、判断力の違いによる看護介入の必要性判定の差を無くするためには、観察結果に対して具体的な判定のレベルを示す必要がある。

そこで、従来の「症度表」の内容を具体的に規定した、独自の「看護症度」を分類し、更に、パソコンを利用して、日常の観察やケアによって得た生の情報を入力して看護度を判定するシステムを開発した。そして、その客観性を評価するために、約4カ月にわたって試行した結果、利用可能な感触を得たので紹介する。

1：「看護度別患者選定の基準」内容の見直しと、新たな「看護症度」の分類

(看護症度分類の展開と定義づけ)

看護度は、観察の程度と生活の自由度をそれぞれ独立して判定するものとし、判定結果をドッキングさせたものを「看護症度」と名付け、

観察度 + 生活の自由度 = 看護症度

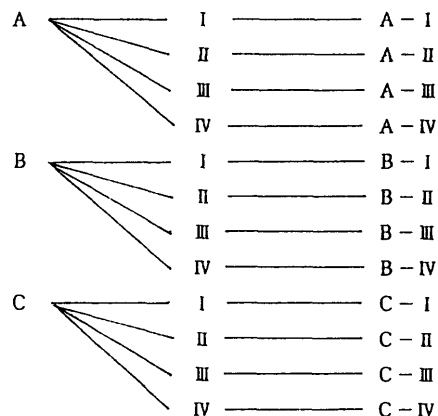


図1 看護症度判定の展開

図1に示した(図1)。

観察度の判定基準内容として、観察項目は基本的ニードである「呼吸」「循環」「体液バランス」「意識」「一般状態」及び、試行科の特殊性より「肝・腎・代謝」の6項目に分類し、観察の程度を3段階に分け、表1に示した。各分類項目の観察内容の細目については、日常実際に行われているものとした。観察の程度は、常時又は1～2時間毎の定時的な観察を要するものをA(表1-I)、4～8時間毎の継続的な観察を要するものをB(表1-II)、シフト毎～1日単位の断続的な観察でよいものをC(表1-III)、にランク付けし、観察内容項目別に、判定レベルを具体的に規定した。各観察分類項目間に優劣はつけないで、どの分類項目であっても観察内容項目が1項目でも該当すれば、そのランクに属するものとし、CよりB、BよりAを優位とした。

生活の自由度の判定基準内容は、移動動作の程度により4段階に分け、表2に示した。日常生活援助のレベルを規定する目安として、Iは常に寝たままの状態～努力してベッドサイドに立てるもの、IIは自力で起坐位がとれる～努力してトイレ歩行ができるもの、IIIは病棟内での身の回りのことは自分でできるもの、IVは日常生活援助を要しないものとして、それぞれ生活

表 1-I 観察度 A の基準

《観察度 A: 常時, 又は, 1 ~ 2 時間毎の定時的な観察を要するもの》

呼吸	自発呼吸無し レスピレーター装着中 呼吸困難 酸素投与下 $PO_2 < 90\text{mmHg}$ room air 下 $PO_2 < 60\text{mmHg}$ room air 下 $PCO_2 > 50\text{mmHg}$ 湿性ラ音 > 肺野の 50% 自力排痰不能 1 ~ 2 時間毎期間内吸引	体液バランス 尿量 $< 20\text{ml/H}$ 出血 $> 60\text{ml/H}$ 新鮮出血・凝血塊 腹水喪失 $> 1\text{ml/kg}$ CVP(中心静脈圧) $< 5\text{cmH}_2\text{O}$ CVP(中心静脈圧) $> 12\text{cmH}_2\text{O}$ PAP(肺動脈圧) $> 30\text{mmHg}$ CTR(心胸比) $> 65\%$ S-B チューブ留置中 Ht $< 20\%$ 尿比重 > 1.030
循環	収縮期血圧 $< 60\text{mmHg}$ 収縮期血圧 $> 180\text{mmHg}$ 血圧変動 $> 50\text{mmHg}$ 心拍数 $> 150/\text{min}$ 心拍数 $< 40/\text{min}$ CI(心係数) < 2.2 PCWP(肺動脈楔入圧) $> 18\text{mmHg}$ EF(心駆出率) $< 45\%$ VF(心室粗動)出現 VT(心室性頻拍)出現 PVC(心室性期外収縮) 3 連発反復 RonT 反復 PSVT(発作性上室性頻拍)の反復 PAT(発作性心房頻拍)の反復 アダムストークス発作出現 ベーシング・センシングフェーラー出現 安静時狭心発作出現 末梢血管収縮所見 IABP 施行中 カテコラミン DIV 中 冠血管拡張剤 DIV 中 抗不整脈剤 DIV 中	肝・腎・代謝 NH ₃ (血中アンモニア) $> 120\mu\text{g/dl}$ TB(総ビリルビン) $> 10\text{mg/dl}$ KBR(ケトン体比) < 0.4 Cr(血中クレアチニン) $> 5\text{mg/dl}$ K(血中カリウム) $> 6\text{mEq/L}$ BS(血糖) $> 400\text{mg/dl}$ BS(血糖) $< 60\text{mg/dl}$ 反復 血液透析・腹膜透析中 インスリン DIV 量変更中
		意識 全身麻酔未覚醒 肝性脳症Ⅲ ~ Ⅳ度 3 - 3 - 9 度・Ⅱ ~ Ⅲ度
		一般状態 痙攣出現 体温 $> 38^\circ\text{C}$

表 1-Ⅱ 観察度 B の基準

《観察度 B : 4 ~ 8 時間毎程度の継続的な観察を要する》

呼吸	酸素療法離脱中	体液バランス
	room air 下 $PO_2 < 75\text{mmHg}$	食道静脈瘤切迫破裂
	湿性ラ音 < 肺野の 50%	尿量 < 500ml/日
	肺うっ血	ドレーン排液 > 300ml/日
	無気肺	ガーゼ汚染 > 1 回/日
	胸水貯留	食事摂取量 < 1/2
	横隔膜挙上	体重減少 > 0.5kg/日
	排痰困難	体重増加 > 0.5kg/日
		CTR(心胸比) > 55%
循環	収縮期血圧 < 80mmHg	うっ血肝 > 2 横指
	収縮期血圧 > 160mmHg	腹水貯留
	血圧変動 > 30mmHg	利尿剤離脱中
	脈拍数 > 120/min	利尿剤適量検索中
	脈拍数 < 40/min	水分制限離脱中
	EF(心駆出率) < 60%	
	PVC(心室性期外収縮) 2 連発出現	肝・腎・代謝
	PVC バイジェミニー出現	NH3(血中アンモニア) > 100 $\mu\text{g/dl}$
	PSVT(発作性上室性頻拍)出現	TB(総ビリルビン) > 2mg/dl
	PAT(発作性心房頻拍)出現	KBR(ケトン体比) < 0.7
	降圧剤適量検索中	Cr(血中クレアチニン) > 2mg/dl
	強心剤適量検索中	BUN(血中尿素窒素) > 90mg/dl
	抗不整脈剤適量検索中	K(血中カリウム) > 5mEq/L
		BS(血糖) > 250mg/dl
一般状態		BS(血糖) < 60mg/dl
	体温 > 37.5°C	経口摂取カロリー < 800cal
	腸蠕動低下	インスリン DIV 中
	嘔吐	インスリン S. C. 適量検索中
	腰・硬麻酔手術後 24 時間	
	アンギオ後 24 時間	意識・コミュニケーション
	PEIT 後 2 シフト	失見当識
	スクレロ後 2 シフト	不穏・異常行動
	HD 後 2 シフト	

表 1-Ⅲ 観察度 C の基準

《観察度 C : シフト毎～1 日単位の継続的な観察でよい》

呼吸	加齢による PO_2 の低下 $< 75\text{mmHg}$ 胸水残存	体液バランス 尿量 $< 800\text{ml/日}$ ガーゼ汚染 1 回/日 圧痕程度の浮腫 皮膚乾燥程度の脱水 食事摂取量 $< 2/3$ 体重変動 $> 0.3\text{kg}$ CTR(心胸比) $> 50\%$ うっ血肝 < 2 横指
循環	収縮期血圧 $> 150\text{mmHg}$ 収縮期血圧 $< 100\text{mmHg}$ 脈拍 $> 90/\text{min}$ 脈拍 $< 50/\text{min}$ EF(心駆出率) $< 75\%$ PVC(心室性期外収縮) > 5 個/min	肝・腎・代謝 NH ₃ (血中アンモニア) $> 50\mu\text{g/dl}$ TB(総ビリルビン) $> 1\text{mg/dl}$ Cr(血中クレアチニン) $> 1\text{mg/dl}$ BUN(血中尿素窒素) $> 40\text{mg/dl}$ K(血中カリウム) $> 4\text{mEq/L}$ BS(血糖) $> 200\text{mg/dl}$ BS(血糖) $< 80\text{mg/dl}$
		一般状態 体温 $> 37.0^\circ\text{C}$ 嘔気
		上記以外

表2 生活の自由度の基準

生活の自由度Ⅰ：常に寝たまゝの状態～努力してベッドサイドに立てる

乳児	起座・立位で血圧低下>20mmHg
植物状態	起座・立位で血圧上昇>20mmHg
手術後の床上安静期間	起座・立位で脈拍数増加>30/min
検査後の床上安静期間	起座・立位で狭心発作出現
衰弱により自力起座位不可	起座・立位でPVC出現・増加
麻痺により自力起座不可	胸腔ドレーン持続吸引中
運動障害により自力起座不可	
体動で疼痛が増すため自力起座不可	
自制不可の自発痛のため自力起座不可	

生活の自由度Ⅱ：自力で起座位がとれる～努力してトイレ歩行ができる

3歳までの幼児	身の回りの労作で血圧低下>20mmHg
痴呆	身の回りの労作で血圧上昇>20mmHg
全盲	身の回りの労作で脈拍数増加>30/min
手術後の離床開始期間	身の回りの労作で狭心発作出現
検査後の室内安静期間	身の回りの労作でPVC出現・増加
衰弱により自力歩行不可	ドレーンランニング中
麻痺により自力歩行不可	
運動障害により自力歩行不可	

生活の自由度Ⅲ：自力歩行～病棟内での身の回りのことは自分でできる

6歳までの幼児	階段昇降労作で血圧低下>20mmHg
視力障害はあるが自力歩行可	階段昇降労作で血圧上昇>20mmHg
聴力障害はあるが自力歩行可	階段昇降労作で脈拍数増加>30/min
麻痺はあるが自力歩行可	階段昇降労作で狭心発作出現
運動障害はあるが自力歩行可	階段昇降労作でPVC出現・増加
	短切ドレーン・点滴ライン留置中

生活の自由度Ⅳ：入院生活に何ら不自由はない

生活の自由度Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ該当項目なし

# 1	5	# 2	6	7	8	9	10	11
1 ◆◆ 看護症度 入力 ◆◆			101	102	103	104	105	106
2		第二外科		鈴木	田中	山本	中村	木村
3 日付: HO60623. NIG				一郎	花子	二郎	三郎	良子
4								
5 • 該当の項目に'1'を入力			A	B	C	A	B	C
6 • 取消の場合は'0'を入力			I	II	III	IV	I	II
7								
8 • 症度別合計 全面キー+GR								
9 • 合計からの戻り 全面キー+GH								

# 4	# 3
10 観察度 A	1
11 呼吸	
12 酸素投与下 PO2<90	
13 ROOM AIR 下 PO2<60	
14 ROOM AIR 下 PCO2>50	1
15 湿性ラ音>肺野の50%	
16 自力排痰不能	1
17	
18	

コマンド: A=文字 B=ブランク C=複写 D=削除 E=編集 F=書式 G=ジャンプ H=解説 I=挿入 L=ロック M=移動 N=名前 O=オプション P=印刷 Q=終了 R=実行 S=分類 T=ファイル V=式 W=窓 X=連結

カーソルで項目を選ぶか英字を入力してください

R12C7 34% Free Multiplan: HO60623. NIG

英数半角 R 漢字

図3 看護症度の入力画面

# 1	5	# 2	61	62	63	64	65
1 ◆◆ 看護症度 入力 ◆◆							
2		第二外科					
3 日付: HO60623. NIG							
4							
5 • 該当の項目に'1'を入力							
6 • 取消の場合は'0'を入力							
7							
8 • 症度別合計 全面キー+GR							
9 • 合計からの戻り 全面キー+GH							

# 4	# 3
10 観察度 A	
11 呼吸	
12 酸素投与下 PO2<90	
13 ROOM AIR 下 PO2<60	
14 ROOM AIR 下 PCO2>50	
15 湿性ラ音>肺野の50%	
16 自力排痰不能	
17	
18	

	A	B	C	合計
I		1		1
II	47	1	1	49
III			1	1
IV	1			1
合計	48	2	2	52

コマンド: A=文字 B=ブランク C=複写 D=削除 E=編集 F=書式 G=ジャンプ H=解説 I=挿入 L=ロック M=移動 N=名前 O=オプション P=印刷 Q=終了 R=実行 S=分類 T=ファイル V=式 W=窓 X=連結

カーソルで項目を選ぶか英字を入力してください

R16C4 34% Free Multiplan: HO60623. NIG

英数半角 R 漢字

図4 集計結果画面

示した集計結果画面で呼び起こすことができる（図4）。ファイルの保管を実行することにより、データが集積される。

情報の入力、各自の受け持ち患者について、準夜勤務帯の消灯以後申し送り終了までの間に、時間を調整し合って行う。

データ入力者の主観的・総合的な判定と、パソコンの判定結果が不一致である場合、入力項目のどこに、どのような矛盾や不足があったのかを報告する。

3：結果及び現時点での評価と今後の課題

開発したシステムを用いて、約6500件の看護度判定を行い、システムの内容及び運用に関する評価を行ったところ、次のような問題点が明らかとなった。

① 小児の発達段階に応じた生活の自由度の判定レベルの規定があるにも拘わらず、観察度においては、小児の概念が欠如している。

② どの程度の持続や反復をもって、観察度及び生活の自由度の項目に該当すると見なすのかの判定レベルが不明瞭なため、データ入力の有無を決定する際に主観的な判断が入る。

③ 24時現在の情報入力を原則としているが、24時にすべての情報をチェックしている訳ではなく、自分の担当シフト内、あるいは、長くて過去24時間の経過の中でキャッチした情報を基に、情報入力時にもその状況が持続しているであろうという予測を前提として、情報入力を行っており、時間的経緯の中での情報の有効性に関する規定が曖昧である。

その他、項目の不足等に関する報告はなかった。

以上より、①小児の発達段階毎の観察度の判定レベルを明確に規定する。②観察度及び生活の自由度の各項目に、持続や反復の程度を明確に規定する。③24時現在の判定に用いる情報源の有効性を規定する。等が、当面の課題と考えられる。

今回、客観性を高めるために、敢えて看護婦の主観的な判断を除外して、患者の病態や症候

を機械的にチェックした結果から、自動的に看護度を検出していく手法をとった。また、患者に複数の問題が生じた場合、問題の数に拘わらず、最も優先度の高い問題に照準を合わせて看護介入が行われるという予測をたてて、1項目でも該当すれば看護度が決定されるようなソフトを組んだ。患者の状態を誰でも同じレベルで判定できるための指標となる「看護症度」を目指したが、今回のような手順で検出された看護度が、患者の全体像を客観的にとらえ得るかどうかについては、残念ながら評価には至らなかった。

現システムは、看護度判定を構成する個々の内容項目の種類とレベルが明確であることにより、患者の問題点の抽出、及び、何をどれくらいの頻度で観察し対処すべきかを、具体化・標準化できるという点で優れている。反面、同一看護度であっても、内容の偏り・量の差が大きい為、患者の状態を客観的に総合的に判定できているとは言い難い。したがって、現システムで判定された看護症度を、看護量測定や他の医療情報システムとの相互利用等、看護管理のデータベースとして利用できる段階ではない。

今後、客観的で正当性の高い看護度として完成させるには、判定した看護症度の根拠を標準化して行く必要がある。そのためには、次の作業が必要である。

① 患者毎に、判定した時点の看護症度とカルテを突き合わせて、判定された看護度が、総合的に診た患者の状態と一致するかを検証する。

② 各分類項目、各内容項目の該当数・偏りを調べる。

③ ①と②より看護度を特定するための、分類項目、内容項目の量と範囲を規定する。

このようにして得られた看護度によって、初めて、看護管理面でのデータベース化が可能になると考える。

一方、集積されたデータの活用についての検討も必要である。コンピュータ・システムに組み入れて、情報の蓄積と利用の一元化が成されたならば、看護症度の判定に用いられた内容項

目から、基本的生理的ニーズに関する看護診断が可能となり、更に、その情報を元に、個々の患者に必要とされる看護援助内容を抽出するという、看護過程のシステム化が実現可能であると考ええる。

お わ り に

我々がシステムの試行を行った診療科は、扱う疾患の特殊性により、患者の全身管理を常に行っているのに、全身状態の観察内容項目はほぼ網羅できていると思われる。したがって、今回開発した「看護症度」に検討を加えることにより、一般利用が可能ではないかと考える。そして、広く利用することにより客観性も評価できるのではないかと考える。また、情報入力を繰り返し行う過程で、自然に、患者観察のポイントを理解でき、看護者間で共通認識できるといふ、大きな教育的効果も期待できる。

モデルケースとして、看護度の判定過程を通して、看護情報のシステム化を試みた。残念ながら、パソコンの市販の表計算ソフトでは、入力された情報の蓄積と、データの再利用とを一元化することは困難である。したがって、今回は、看護情報システムの中の、情報の入力と蓄積の段階までしか実施することができなかった。

センターのコンピュータ・システムで専用のプログラムを開発すれば、入力され蓄積されたデータを利用可能な形で出力し、何回も再利用するという、データの蓄積と活用の一元管理が可能である。今回試みたシステムも、センターのコンピュータ・システムに組み入れることによって、初めて完全なシステムとして稼動し、看護に生かされるものになると考える。

システム化の際に最も重要なのは、調査のための調査ではなく、日常的に得られた生のデータが入力されてこそ、情報の活用・利用が可能となるという点である。試行を行った診療科のように規模も大きく業務の繁雑な所でも、日常

看護の展開から得られた情報を現場で入力、集積していく作業が可能であることが、実践から証明できた意義は大きい。看護の現場で日常的にコンピュータを扱うのは必須となりつつあるが、不安なく導入できる感触を持つことができた。

現時点での評価を踏まえて、看護情報のシステム化を進展させたいと考える。

この研究は、京都大学医学部附属病院、第2外科心臓血管外科看護部スタッフの、無償の協力に支えられてまとめられたものである。誌上を借りて、深い感謝の意を伝えたい。

参 考 文 献

- 1) 坪井博之, 前田マスヨ: 看護要員適正配置のための業務量把握の試み—患者分類を中心として—, 看護展望 1984; 9: 15-22
- 2) 栗原やま: 看護度と看護要員配置—TNS 患者タイプ分けシステムと人員配置—, 看護展望 1985; 10: 35-41
- 3) 渡邊亮一: 適正な看護婦数の算定を目的とした看護量評価の課題, 病院 1989; 48: 395-397
- 4) 前田マスヨ, 他: 点数法による適性人員配置の研究 (第1報), 病院管理 1985; 22: 5-13
- 5) 前田マスヨ, 他: 点数法による適性人員配置の研究 (第2報)—看護業務量の測定法—, 病院管理 1986; 23: 17-27
- 6) 柴山純一, 他: 看護業務量からの適性人員配置に関する研究, 病院管理 1986; 23: 5-13
- 7) 宇都有美子, 他: 看護度の標準化に関する検討, 日本医療情報学会・第6回看護情報システム研究会講演集 1990; 6: 96-99
- 8) 清慈子, 他: 京大病院における看護業務量調査 (その1)—看護項目の分類と症度別・看護単位別・シフト別看護の比較—, 第9回医療情報学連合大会論文集 1990; 9: 721-724
- 9) 内田宏美, 他: 京大病院における看護業務量調査 (その2)—看護項目別所要時間の測定と同一看護における症同別・看護単位別・シフト別の比較—, 第9回医療情報学連合大会論文集 1990; 9: 725-728

別表 1 看護度別患者選定の基準

看護度	看護観察程度・生活の自由度	患 者 の 状 態
A-I	絶えず観察を必要とし、常に寝たまゝの場合	<ul style="list-style-type: none"> 急性心不全，呼吸不全，出血によるショック状態，その他のショック状態，ガス中毒，アルコール中毒，多発性外傷，全身火傷，脊髄損傷などの緊急状態から脱却するまで 全身麻痺による手術後の急性期より脱却するまで 心不全，呼吸不全をきたし，レスピレーター，心臓蘇生器，モニター，気管内挿管，気管切開，酸素吸入などを装着しているか，もしくは，する可能性の強い患者 脳室ドレナージ，胸腔内持続吸引，腹膜灌流中，持続睡眠療法などを施行中の患者 意識障害患者(昏睡，半昏睡，昏迷状態など) 癌末期などで意識障害または呼吸困難，その他一般状態が悪化し，重篤な状態の患者 分娩第1期から分娩直後まで 保育器の未熟児，コット収容時の病的新生児 てんかん重積症
A-II	絶えず観察を必要とするが，自力でベッド上で身体を起こせる場合	<ul style="list-style-type: none"> A-Iのような状態であるが，自力で起坐がとれるか，または安静度規制上許可がある場合 医療，看護処置が複雑であるが，時には起坐位がとれる場合 意識障害(昏迷，傾眠)，せん妄，もうろう状態 痙攣発作消失後24時間，失神発作のみられる患者
A-III	絶えず観察を必要とするが，室内歩行ができる場合	<ul style="list-style-type: none"> 意識障害(無差別状態，無欲状態) 精神・神経疾患患者で，興奮状態，異常行動，徘徊，うつ状態，自殺企図などがあるため常時監視が必要な患者
A-IV	絶えず観察を必要とするが，日常生活にはほとんど不自由がない場合	<ul style="list-style-type: none"> 生活はなんら拘束される病状ではないが，精神不穏状態，徘徊，失見当識，てんかん発作などおこすおそれのある患者 妄想反応，心因反応などの精神障害者 意識障害(失神，無欲状態)
B-I	1～2時間ごとの観察を必要とし，常に寝たまゝの状態である場合	<ul style="list-style-type: none"> A-Iの状態から脱却したが，まだ状態が不安定であり，また急変のおそれのある状態の患者 腰椎麻痺による手術から翌朝までの患者 植物状態の患者 運動麻痺があるため動けない患者 疾患の治療上，安静度規制のある患者 コット収容の未熟児・新生児 病状が進行し，衰弱が著明で身の回りのことがいっさいできない場合 分娩第4期 病状は安定しているが，意識障害，気管切開などのため意思の伝達ができない患者
B-II	1～2時間ごとに観察を必要とするが，自力でベッド上に身体を起こせる場合	<ul style="list-style-type: none"> 急性期を脱し，まだ病状は不安定であるが起坐位がとれる場合 薬物中毒，痙攣発作の回復期の患者 運動麻痺があるため起坐位がとれない場合
B-III	1～2時間ごとに観察を必要とするが室内歩行が可能な場合	<ul style="list-style-type: none"> 心・腎疾患などの患者で病状的に室内歩行のみが許可されている場合 他から，または他への感染予防のために隔離をしている場合 運動麻痺，呼吸障害などで室内歩行しかできない場合 精神・神経疾患で生活指導を要する場合
B-IV	1～2時間ごとの観察を必要とするが，日常生活には，ほとんど不自由がない場合	<ul style="list-style-type: none"> 精神・神経疾患，痴呆，失見当識，視力障害などの患者で所在の確認が必要な場合 精神・神経疾患で集団活動に参加が可能な患者，作業療法，レクリエーションに参加でき，また社会復帰のため外出・外泊が許可される場合
C-I	特に観察を継続する必要はないが，常に寝たまゝの状態である場合	<ul style="list-style-type: none"> 病状が安定し，コミュニケーションは十分にとれるが，運動麻痺などのため，自分でもできない場合 腰椎圧迫骨折などのように安静度規制上，常に寝たまゝの状態である場合
C-II	特に観察を継続する必要はないが，ベッド上で身体を起こせる場合	<ul style="list-style-type: none"> 術後等で安静度規制上起坐が許可されている場合 運動麻痺などで自力起坐ができない場合
C-III	特に観察を継続する必要はないが，室内歩行が可能な場合	<ul style="list-style-type: none"> 回復期または治療の規制上室内歩行のみが許可されている場合
C-IV	特に観察を継続する必要はなく，日常生活にもほとんど不自由がない場合	<ul style="list-style-type: none"> 慢性疾患の長期入院患者 退院前の患者 検査目的の入院患者

高橋令子ほか：病棟における看護要員の定算に関する研究，144-145。
自治体病院共済会，1980より。